SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Ilmo. Sr. Prof. Dr. Marcio Magno Costa

Diretor da Faculdade de Odontologia

O(a) abaixo assinado …..

Brasileiro(a), Estado Civil ....., Graduado(a) em: ….....Data de Nascimento: ...../...../.....,

Naturalidade: .....- Residente e domiciliado à Rua/Av:.....

..... Bairro: ..... CEP: ....., na

Cidade: ..... Estado: …..... - Telefone: ……..…..... - Celular:.....

e-mail: ….....

Portador(a) dos seguintes documentos:

CPF: ....., C.I: ....., Orgão Expedidor: ….....

Titulo de Eleitor: .....Zona: ....., Seção: …..... Certificado Militar: …..

Apresentando documentação inclusa, vem respeitosamente requerer inscrição no CONCURSO PÚBLICO PARA PREENCHIMENTO DE VAGAS DOCENTES da **Universidade Federal de Uberlândia**, na área de **PERIODONTIA E IMPLANTODONTIA** da **Faculdade de Odontologia/UFU**, a realizar-se nos dias **10,11,12 e 13 de fevereiro de 2014** de acordo com as normas vigentes nesta Universidade. Ainda pelo presente, e melhor forma de direito declara: 1) Conhecer o edital nº 144/2013/UFU, expedido pela **Pró-Reitoria de Recursos Humanos da Universidade Federal de Uberlândia**, especificando requisitos mínimos para o presente CONCURSO PÚBLICO PARA PREENCHIMENTO DE VAGAS DE PROFESSOR DE CARREIRA DO MAGISTÉRIO SUPERIOR-UFU; 2) Conhecer o inteiro teor da Resolução 08/2007 do Conselho Diretor; 3) Saber que os documentos referentes às exigências acima citadas, os do atendimento ao requisito mínimo constante do Edital e os documentos pessoais serão submetidos a uma pré-análise, para posterior deferimento ou não, da Unidade Acadêmica e Pró-Reitoria de Recursos Humanos . Assim sendo e estando ciente de todos os termos do CONCURSO PÚBLICO PARA PREENCHIMENTO DE VAGAS DOCENTES, declara-se submeter-se integralmente a ele para todos os efeitos, renunciando, como de fato renunciado tem, a qualquer outro direito que porventura pudesse ter.

Termos em que, Pede Deferimento.

Uberlândia, _____ de _____ de 2013.

_____ _____ _____

Candidato (a) Nº Inscrição Servidor

☐ DEFERIDO ☐ INDEFERIDO

DIRETOR DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Obs.: No caso de candidatos portadores de necessidades especiais favor descrever abaixo as condições necessárias à realização das provas.

_____

_____

_____